

Als de seksuele relatie moeilijk is

DR. J. P. C. MOORS*

Helpen bij seksuele problemen is niet moeilijker dan helpen bij veel andere psychosociale problemen. Er is vaak ook geen speciale deskundigheid voor nodig. De huisarts moet kunnen luisteren, hij moet kunnen helpen bij het verhelderen van problemen en bovenal moet hij een attitude hebben die hem vrijwaart van vooroordelen.

Inleiding

Er zijn veel mensen die seks moeilijk vinden. In 1979 werd dit voor het eerst algemeen bekend door het Margriet-onderzoek *Vrouw '78* en in 1976 becijferde *Frenken*, dat 960.000 gehuwde vrouwen en 600.000 gehuwde mannen (41 respectievelijk 26 procent van de 2,34 miljoen gehuwde vrouwen en mannen tot 54 jaar) hun seksualiteit als min of meer problematisch ervaren. „Zouden we mogen generaliseren naar de totale Nederlandse populatie gehuwden tot 54 jaar oud, dan zal het aantal echtparen dat een „bereidheid” voor seksuele relatietherapie vertoont te schatten zijn op 140.000 echtparen. Deze cijfers gelden alleen voor die echtparen waarin de orgasmeklacht voor de vrouw op de voorgrond staat. We hebben geen gegevens voorhanden om een indicatie te geven van het aantal potentiële cliënten voor hulpverlening waarbij een mannelijke klacht op de voorgrond staat.” (*Frenken*.)

Huisartsen kunnen soms in een vroeg stadium seksuele problemen bij hun patiënten onderkennen. Sommige patiënten komen uit zichzelf bij hen met vragen over hun seksualiteit. Vaak gebruiken ze dan een lichamelijke klacht om hun seksuele probleem in te leiden. Zo zoeken mannen met potentiële stoornissen de oorzaak daarvan meestal in het minder goed functioneren van hun lichaam. Ze vragen hun (huis)arts of hij een lichamenlijk onderzoek wil instellen. Vrouwen komen in zulke gevallen op het spreekuur met menstruatiestoornissen, slaapstoornissen en vage onder-

buikklachten. Ook tijdens de pilcontrole of bij het jaarlijkse uitstrijkje van de baarmoederhals kunnen vrouwen hun eventuele seksuele problemen kenbaar maken. Mannen hebben minder periodieke contacten met hun huisarts. Het is zaak dat de huisarts in dit soort gevallen niet rechtstreeks geuite klachten over de beleving van de seksualiteit oppikt.

De beleving van seksualiteit

Van Ussel onderscheidt bij het begrip seksualiteit geslachtelijkheid, voortplantingsgedrag, erotiek, klaarkomen, lichamelijke zinnelijkheid, lustgedrag en intimiteit. Ik wil daaraan in ieder geval toevoegen: bevrediging, liefde en genegenheid. Hiermee zijn nog lang niet alle begrippen die in ons taalgebied onder het woord seksualiteit vallen, opgesomd: zo gebruikt *Van Ussel* graag het woord intimiteit als het gaat om de beleving van seksualiteit.

Sommige mensen weten niet voldoende over de functies van hun seksuele organen, sommigen weten niet goed hoe je met elkaar kunt omgaan in een relatie. Er zijn ook mensen met uitgesproken slechte ervaringen met de beleving van hun seksualiteit; anderen hebben veel te weinig ervaring. Vrijwel altijd betekent dit, dat zij er moeilijk over praten. Het lijkt wel of de mensen niet goed raad weten met hun seksualiteit en dit geldt mijns inziens ook voor de jongere generatie.

Volgens *Kooy* denken de jongeren niet fundamenteel anders over seksualiteit, huwelijk en gezin dan hun ouders. Er zijn echter wel verschillen tussen vroeger en nu. Vroeger was alles meer geregeld: seksualiteit stond praktisch geheel

in dienst van de voortplanting; seksualiteit die niet minstens in een ver verband met voortplanting stond, werd als zondig beschouwd en was voor grote groepen zelfs verboden. De zogenaamde dubbele moraal werd door velen als een min of meer normale uitlaatklep beschouwd. Door de komst van goede contraceptie, die met de pil eerst goed doorzette, is veel veranderd. Naar mijn mening ligt hier geen oorzakelijk verband; de pil heeft haar opmars kunnen maken, dankzij de verandering van het seksuele klimaat. Ook in andere opzichten waren de zestiger jaren waarin deze opmars speelt, een revolutionaire tijd.

Willeke Bezemer vroeg haar leerlingen anoniem op te schrijven wat seksualiteit voor hen betekende. De antwoorden luiden: klaarkomen, vrijen, agressie uiten, me in bezit laten nemen, vernederend, iets van de ander afpakken, iets afdwingen, mezelf bewijzen dat ik aantrekkelijk ben, liefde of tederheid geven, warmte ervaren, mijn partner eronder houden, eenzaamheid wegvrijen, kinderen krijgen, rot, lekker (*Moors-Mommers e.a.*). Als je dit leest, blijft er van een universele beleving van de seksualiteit niet veel over. Via seks kun je blijkbaar iets met jezelf en met een ander doen. Je kunt, als je dat beiden wilt, ook samen iets doen, misschien iets beleven.

Mensen zijn blijkens onderzoek – hét voorbeeld daarvan zijn de Kinsey-rapporten – in staat hun seksualiteit te beleven met zichzelf, met anderen van hetzelfde geslacht en met anderen van het andere geslacht. Mensen blijken hun seksualiteit niet hun hele leven óf heteroseksueel óf homoseksueel te beleven. De laatste jaren hebben onderzoekers meer aandacht voor de biseksualiteit van mensen (*Wolff; Klein*, met goede literatuurverwijzingen). Je kunt met je seksuele potenties ook allerlei doelen nastreven; veel mensen streven een orgasme na als ze vrijen. Een restant van de „goede oude tijd”, toen de beleving van de seksualiteit vrijwel uitsluitend plaatsvond binnen het „keurslijf” van het huwelijk en ook bijdroeg tot de versteviging van de huwelijksband, is de gedachte dat een orgasme alleen fijn is als beide partners hun hoogtepunt tegelijkertijd beleven. Gerda *de Bruijn* zegt daar behartigenswaardige dingen over.

De laatste jaren lijkt het erop of steeds meer mensen af willen van deze prestatie-seks. Maar als je eenmaal geleerd hebt op deze manier met elkaar om te gaan, is veranderen makkelijker gezegd

* Huisarts te Rosmalen.

dan gedaan. Daar komt bij dat mannen en vrouwen vaak op verschillende wijzen hebben leren omgaan met hun seksualiteit (*Everaerd e.a.; Van der Does; Van der Does en Van der Pool*).

We hebben onze seksualiteit leren beleven via een leerproces. Dus kunnen we via een leerproces ook op een andere manier leren vrijen (*Straver*). We zijn gelukkig nooit te oud om te leren.

Dat hoor ik de laatste jaren ook steeds vaker van bejaarden die pas op hun oude dag echt hebben leren genieten van hun seksualiteit (zie over de fysiologische en anatomische mogelijkheden *Verveen in Moors*).

Lichamelijk onderzoek in het kader van de gehele mens

In deze bijdrage probeer ik het lichamelijk onderzoek te plaatsen in het kader van de gehele mens. Wij hebben nooit te maken met seksuele problemen sec. Het gaat altijd om mensen die een of ander seksueel probleem hebben. Bij het onderzoek van het lichaam van mensen met seksuele problemen dient de arts voor een integrale benadering te kiezen. Een (vermeende) afwijking of ziekte is nooit los te koppelen van de mens die eronder lijdt of erover klaagt. Bij seksuele problemen zijn heel vaak ook andere mensen betrokken. Seksuele problemen van iemand beroeren heel direct zijn eventuele partner. Weer andere mensen spelen een rol in de beleving van de klacht. Veel mensen zijn niet tevreden over wat wel hun seksuele uitmonstering wordt genoemd: mannen vinden hun penis te klein of te groot, vrouwen schamen zich over de grootte van hun schaamlippen of zouden een ander formaat borsten willen hebben. Ook in de beleving van de seksualiteit wordt de toon aangegeven door allerlei „idealen”. Verder kunnen gezinsleden of huisgenoten lijden onder de seksuele problemen van de patiënt: zo zal bijvoorbeeld een vrouw die erg veel last heeft van haar menstruatie, op haar dochters – ook zonder erover te spreken – overdragen dat deze terugkerende periode geen pretje is.

Het lichamelijk onderzoek sluit altijd aan op een gesprek met de patiënt. Daarin zullen allerlei aspecten aan de orde komen die van belang zijn voor een integrale beoordeling van de seksuele klacht. Het onderzoek van mensen met seksuele problemen dient altijd over drie sporen te lopen:

- lichamelijke aspecten;
- geestelijke aspecten;

– aspecten uit de (directe) omgeving van de patiënt.

Wanneer men op een van deze drie onderzoeksvelden een te sterke nadruk legt, loopt men de kans essentiële aspecten van het probleem te missen. Een voorbeeld: witte vloed en pijn bij het vrijen kunnen louter lichamelijke oorzaken hebben. Maar ook kunnen ze vervelende gevolgen hebben voor de seksuele omgang met een partner. Daarnaast kan de patiënt zelf zijn klacht op zeer verschillende wijzen beleven: de ene vrouw zal de klacht als zeer hinderlijk ervaren, een ander heeft er geen hinder van.

Het lichamelijk onderzoek van mensen met seksuele problemen dient niet alleen gericht te zijn op afwijkingen of ziekten; bij slechts een klein deel van de mensen met seksuele problemen is een lichamelijke oorzaak aan te wijzen. Het is echter niet goed om deze reden het lichamelijk onderzoek niet uit te voeren. Als mensen bij hun huisarts komen met een probleem, zullen zij meestal het gevoel hebben dat hun lichaam niet naar behoren functioneert. Ook mensen die hun problemen eerst aan een maatschappelijk werker of een psycholoog voorleggen, zullen vaak gerustgesteld zijn na een goed lichamelijk onderzoek. De meeste mensen zullen pas echt goed gemotiveerd kunnen gaan werken aan de niet-lichamelijke oorzaken van hun probleem, als zij er zelf van overtuigd zijn dat hun lichaam naar behoren functioneert.

Mensen die onderzocht worden, hebben vaak allerlei angsten: zal de dokter een ernstige ziekte vinden? Veel meer dan de (huis)arts denkt, schamen patiënten zich voor hun lichaam: wat zal hij wel denken van mijn slappe borsten of van mijn vetplooien? Mannen kunnen het moeilijk krijgen als de dokter hun geslachtsorganen onderzoekt of een gehandschoende vinger in hun anus steekt. Het is bij elk onderzoek goed ervoor te zorgen dat de patiënt zich op zijn gemak voelt; bij een onderzoek in verband met seksuele problemen is dit zelfs een vereiste.

In dit verband moet ook enige aandacht besteed worden aan de onderzoekkamer. Deze mag vooral niet angstaanwendend zijn en koud aanvoelen. Als de mensen lang op de dokter moeten wachten na zich uitgekled te hebben, wordt zeker het eerste deel van het onderzoek hierdoor bepaald. De meeste mensen geven er de voorkeur aan zich buiten de aanwezigheid van de arts uit te kleden. Overigens reageren mensen heel verschillend op het verzoek zich uit te kle-

den: als de arts in de onderzoekkamer komt, blijkt de een al in zijn blootje te staan, terwijl de ander alleen zijn mantel heeft uitgedaan.

Het is van belang na te gaan hoe de patiënt zich bloot in de onderzoekkamer beweegt. Uit blozen, rode vlekken op de borst, transpireren kan blijken dat de patiënt zich niet op zijn gemak voelt. Het heeft zin daarover een geruststellende opmerking te maken. De moeilijkheid is daarbij wel dat zulke geruststellende opmerkingen niet altijd even goed aankomen. Als de dokter echter helemaal niet over de vegetatieve reacties van de patiënt spreekt, kan deze er ook geen kant mee uit. „Ik zie dat u nogal gespannen bent voor dit onderzoek, uw huid kleurt er een beetje van. Dat is heel begrijpelijk. Veel mensen zijn wat gespannen als ze in hun blootje staan”. Met dergelijke opmerkingen kan men de mensen helpen zich meer op hun gemak te voelen.

Het onderzoek

Tijdens het onderzoek vertel ik stap voor stap wat ik ga doen, bijvoorbeeld: „Ik ga nu eerst uw hart en longen onderzoeken om te zien of die goed functioneren”. Bij het onderzoek van de uit- en inwendige geslachtsorganen denk ik hardop tijdens het onderzoek: „De penis, uw lid, ziet er normaal uit, de voorhuid kan goed worden teruggeschoven en er zit geen huidsmeer, smegma, onder. De huid van de balzak voelt goed elastisch aan en er zijn geen afwijkingen te voelen. De ballen en de bijballen zijn ook in orde...”.

Ook bij de vrouw doe ik dat, met dien verstande dat ik haar vraag mee te kijken in een handspiegel; zij houdt die dan zelf vast. Veel vrouwen reageren hier wat nerveus op; zij hebben meestal nog nooit naar hun eigen geslachtsorganen gekeken. Stap voor stap wijs ik aan welke lichaamsdelen er te zien zijn. Ik begin met de beharing en de venusheuvel. Dan vraag ik de vrouw de benen op te trekken en te spreiden; zij ziet dan de schaamlippen, eerst alleen de buitenste. Ik vraag haar deze te spreiden. Veel vrouwen gaan slechts aarzelend of helemaal niet in op dit verzoek. Dan spreid ik zelf voorzichtig de schaamlippen en wijs de binnenste schaamlippen aan. Daarna vraag ik de vrouw het nu zelf te doen. Vervolgens wijs ik de clitoris aan en de huidplooi daaromheen waarin de clitoris weleens verscholen kan liggen. Vrouwen die nog nooit goed naar zichzelf hebben gekeken, kunnen ook moeilijk over de beleving van hun seksualiteit

teit praten. Als zij wel gemakkelijk met hun geslachtsdelen hebben leren omgaan, is een gesprekje tijdens het onderzoek over de beleving van hun seksualiteit en bijvoorbeeld de menstruatie eenvoudiger.

Wil iemand over zijn seksuele belevingen kunnen praten, dan zal hij zijn gevoelens onder woorden moeten kunnen brengen. Veel mensen hebben al moeite met het benoemen van hun geslachtsdelen, laat staan dat zij over de beleving van hun seksualiteit kunnen praten. Het is daarom een eerste vereiste te weten welke woorden de patiënt zelf gebruikt. Soms gaat er enige tijd overheen voor een patiënt over zulke intieme zaken kan praten. Voor het hulpverleningsproces is het erg belangrijk, dat de hulpverlener hem deze tijd gunt. Vaak vraag ik de mensen thuis te oefenen; als het om een paar gaat, kunnen de partners oefenen hun geslachtsorganen in hun eigen woorden te benoemen. Ook kunnen zij door streefoefeningen op zoek gaan naar nieuwe ervaringen. Vrouwen die niet gewend zijn vrij met hun schede om te gaan, vraag ik zichzelf thuis met een handspiegel te bekijken.

Een enkele keer, vooral bij dyspareunie, is het nodig een tweede keer lichamelijk onderzoek te doen. Pas als man en vrouw er in hun eigen taal over kunnen praten, kunnen zij aangeven wat precies niet goed gaat en waar het precies pijn doet; voor het stellen van een juiste diagnose is dit uiterst belangrijk. Veel mensen worden onvoldoende geholpen en blijven pijn bij het vrijen houden, doordat de (huis)arts niet nauwkeurig genoeg heeft doorgevraagd wat er nu precies aan de hand is. Overigens hebben huisartsen er niet alleen last van, ook andere artsen hebben niet geleerd bij hun onderzoek de taal van de patiënt te gebruiken; soms durven zij ook niet door te vragen.

Juist door het onderzoek naar seksuele stoornissen in het dagelijkse routineonderzoek van de arts op te nemen, relativeren we de bestaande taboes een beetje. Vooral bij klachten over fluor albus en pijn bij het vrijen, of bij het pilonderzoek en het routine-uitstrijkje op baarmoederhalskanker doet zich de gelegenheid voor met de patiënt te spreken over de functie van de seksuele organen. Bij mannen ligt dit wat moeilijker; zij komen niet zo vaak bij de huisarts. Bij het algemeen lichamelijk onderzoek van de man, bij keuringen bijvoorbeeld, hoort een rectaal toucher. Ook de penis en de inhoud van de balzak horen daarbij onderzocht te worden. Steeds minder keurende artsen laten deze delicate

onderzoekingen achterwege. Terecht! Vooral als de man klachten heeft over zijn penis tijdens of na het vrijen, is het noodzakelijk de penis in erectie te onderzoeken. Voor de meeste mensen (artsen) is dit een moeilijke opgave. Een pornoboekje in de onderzoekkamer kan het probleem oplossen. Anderen kunnen zich door masturbatie een stijve penis bezorgen. In voorkomende gevallen kan de partner van de patiënt helpen de penis stijf te laten worden. Ook kan een vibrator gebruikt worden. Als de arts de penis niet in erectie heeft onderzocht, heeft hij de patiënt die over pijn bij de coitus klaagt, niet volledig onderzocht en kan hij deze man dus ook niet geruststellen.

Het is van het grootste belang dat de huisarts te weten komt hoe zijn patiënten over zijn werk denken. Dit is vaak niet eenvoudig, zeker als het om zulke subtiele zaken gaat als seksuele problemen. Toch is het mogelijk. Een huisarts die zijn patiënten in het algemeen vraagt wat zij van het onderzoek en de behandeling vinden, zal gemakkelijker feed-back krijgen dan een huisarts die dit niet doet. Wij (huis)artsen moeten ons regelmatig realiseren dat elk onderzoek voor de patiënt nieuw is, ook onze routine-onderzoekingen. Het heeft daarom zin al bij het begin te zeggen dat we best begrijpen dat het onderzoek een beetje eng is, en wanneer we tijdens het onderzoek goed optellen op de reacties van de patiënt en daarop ingaan, kan dit ons helpen het eigen werk kritisch te blijven volgen. Van seksuologen hoor ik, dat huisartsen tegenwoordig misschien meer seksuele problemen helpen oplossen dan enkele jaren geleden. Ze leiden dit af uit het feit dat zij minder „gewone” seksuele problemen zien en uit het feit dat bij verwijzing van „moeilijkere” seksuele problemen de huisarts de mensen beter op de verwijzing heeft voorbereid.

De stap-voor-stap methode

Huisartsen kunnen seksuele problemen van hun patiënten het beste helpen oplossen met de zogenaamde stap-voor-stap methode. Herwig Schacht (in *Moors*) geeft in haar beschrijving van deze methode bij iedere stap aan welke kennis en vaardigheden de huisarts moet hebben voor de volgende stap. Ook vermeldt zij hoeveel tijd ongeveer gemoeid is met deze vorm van helpen. Elke stap is moeilijker dan de voorgaande. De stappen vormen samen een proces dat de huisarts met zijn patiënt(en)

doorloopt op zoek naar een oplossing van de problemen. Ik laat hier de zes stappen in het kort de revue passeren. *Eerste stap: luisteren.* Via actief luisteren vormt de huisarts zich een beeld van het aangeboden probleem; hij gaat met de patiënt na of deze zich in de „gestelde” diagnose kan vinden.

Tweede stap: lichamelijk onderzoek. Door de patiënt volgens een bepaald schema – dat in het boek uitgebreid wordt beschreven – te onderzoeken, gaat de huisarts na welke seksuele functies wel en welke niet (meer) mogelijk zijn.

Derde stap: waar nodig geruststellen. Veel mensen zijn enorm opgelucht als ze van iemand met deskundigheid horen dat de manier waarop zij hun seksualiteit beleven goed is; en ook als zij horen, dat uit het onderzoek is gebleken dat geen lichamelijke oorzaken voor minder goed seksueel functioneren zijn aan te wijzen.

Vierde stap: het geven van gerichte voorlichting. Het opruimen van mythen en vooroordelen kan veel angst wegnemen. Hoe gek het ook klinkt, veel mensen hebben op seksueel terrein nog voorlichting nodig.

Vijfde stap: specifieke anamnese. Bij het opnemen van deze anamnese staan drie zaken centraal:

- is werken aan de seksuele problematiek de geschikte invalshoek?
- wil dit paar nog wat met elkaar?
- stel dat ze nog wat met elkaar willen, wat weerhoudt hen er dan van bevredigend te vrijen?

Zesde stap: gedragsvoorschriften. Sommige huisartsen hebben hiermee wat ervaring en kunnen via consultatie terugvallen op een deskundiger hulpverlener, maar de meeste huisartsen zullen voor deze therapie hun patiënt verwijzen.

Om deze methode met succes toe te kunnen passen, moet de huisarts weten hoe hij een gesprek voert. Ook de patiënt moet weten hoe je over seks kunt praten. Huisartsen die zich hulpeloos voelen als ze met hun patiënten over seks (moeten) praten, maken het ook voor de patiënt erg moeilijk. Huisartsen zijn echter ook mensen en hebben (vaak) dezelfde problemen als hun patiënten. Bovendien hebben ze in hun opleiding vaak niet meer kennis over seks verworven dan de doorsnee ontwikkelde burger in ons land heeft. De huisarts kan mythen en vooroordelen over de beleving van seksualiteit helpen opruimen, maar door zijn eigen vooroordelen kan hij ook foute denkbeelden in stand helpen houden. Zo zal

de huisarts die van mening is, dat oudere mensen minder behoefte aan seks behoeven te hebben dan jonge mensen, een klacht over verminderde potentie bij een zestiger gemakkelijk afdoen met de tegenvraag: „Wat wilt u eigenlijk, alles op zijn tijd”. Daarmee zal menige patiënt niet geholpen zijn. De beleving van de seksualiteit heeft in elke levensfase zijn eigen karakteristiek; oudere mensen kunnen een zeer boeiend seksueel leven hebben. Daarom is het misschien verstandig dat we zo nu en dan eens nagaan welke houding we zelf ten opzichte van de seksualiteit hebben. Natuurlijk kan dit het beste in nascholingscursussen waarin de aandacht speciaal gericht is op het persoonlijk functioneren van de huisarts. Ook in minder diepgaande vormen van nascholing kan dit aspect van ons werk echter aan de orde komen; in de praktijk blijkt dat in Warffum- en Kraanvencursussen speciale dagdelen gereserveerd worden voor deze onderwerpen.

Als we beter geleerd hebben om te gaan met onze eigen opvattingen over seks, zullen we ook minder problemen ontwikkelen. Het belangrijkste is dat we openstaan voor de problemen van de patiënt. De patiënt heeft recht op een open oor, ook als zijn probleem vreemd op ons overkomt. We moeten met hem overleggen en hem niet onze mening opdringen. „Veel hulpverleners zijn opgeleid om iets te doen of om een probleem op te lossen. Bij seksuele moeilijkheden is dat volgens mij een weinig heilzame manier van werken. Als er een crisissituatie is, is het noodzakelijk om te weten wat men moet doen, en heeft overleg vaak weinig zin. De hulpverlener moet dan de macht hebben om datgene wat noodzakelijk is uit te voeren. Bij seksuele moeilijkheden moet er echter zelden iets, in de meeste gevallen wil een mens niets. Zij zijn ontevreden, omdat het hun niet lukt seks te beleven zoals zij dat willen” (*Helpen*). Adviezen van de huisarts zijn zelden een oplossing voor de seksuele problemen van de patiënt. Mensen moeten zelf iets willen en kunnen veranderen aan de relatie die zij niet goed (meer) vinden. Soms ook moeten ze iets aan zichzelf veranderen om hun seksualiteit (beter) te kunnen beleven.

Praten over seks

Bij somatische ziekten doet zich het fenomeen voor dat mensen een tijdlang hun ongemak, soms zelfs hun pijn ontkennen. Daarvoor hebben ze hun redenen; soms is het de angst voor een ern-

stige aandoening die hen belet te spreken of hulp te vragen. Bij psychosociale en relationele problemen hebben veel mensen meer moeite te erkennen, dat iets niet gaat zoals ze het zelf zouden willen. Hetzelfde kan gezegd worden bij seksuele problemen.

Veel mensen denken dat zij de enigen zijn met seksuele problemen. Dat komt door de taboes die tot voor kort – en voor een deel nog steeds – rusten op alles wat seksualiteit is. Door dezelfde taboes en de daaruit voortvloeiende vooroordelen en mythen zijn huisartsen vaak van mening dat bepaalde seksuele problemen niet frequent voorkomen. Sinds ik me meer met seksuele problemen ben gaan bezighouden, word ik daarover vaker geraadpleegd. Een soortgelijke ervaring had een groep Nijmeegse huisartsen.

Leren luisteren naar seksuele problemen is een vereiste voor de huisarts die mensen wil helpen. Pas dan krijgt de patiënt een kans te zeggen waarmee hij zit. Als de huisarts meer over de problemen van de patiënt te weten wil komen, zal hij hem meer moeten laten zeggen. Voor actief luisteren en begrijpen moet je de tijd nemen.

Daarnaast is het van belang dat de huisarts probeert aan te voelen wat het seksuele probleem voor de patiënt betekent. „Actief luisteren, samenvatten, proberen te begrijpen en inschatten van de betekenis van de problemen voor mensen zijn enkele voorwaarden voor een goed gesprek over seks. Natuurlijk ook voor een gesprek over andere problemen. Het even uitstellen van een diagnose werpt in veel gevallen meer licht op de problemen” (*Helpen*). Praten met patiënten over hun seksuele belevingen betekent dat de zaken als het even kan bij hun naam genoemd moeten worden. Pas dan kan de huisarts inzicht krijgen in wat wel en wat niet goed gaat in de seksuele relatie.

Het is vaak niet eenvoudig patiënten onder woorden te laten brengen wat er precies aan hapert. We hebben in ons taalgebruik ook weinig woorden voor onze seksuele activiteiten. Vaak horen we dat „het” niet naar wens gaat. Als we dan doorvragen, merkt menige patiënt schamper op: „Dat zal mijnheer de dokter niet weten.” We zijn dan op een dood spoor geraakt.

Het is niet goed om via wat vroeger schuttingtaal werd genoemd en tegenwoordig het seksuele vocabulaire van de middengroepen is geworden, de patiënt uit te dagen. Zelf ben ik de laatste tijd gewend een paar gebruikelijke termen aan te bieden en daarna te informeren

naar de woorden die de patiënt gebruikt bij het vrijen. Veel mensen noemen dan als vanzelf hun eigen woorden. Sommige mensen gaan zo moeizaam om met seks dat ze er helemaal geen woorden voor hebben; voor hen bestaat seks eigenlijk niet. Het is goed hier zonder beschuldiging bij stil te staan. Het feit dat sommige mensen er niet over kunnen spreken, is voor hen al erg genoeg. Mensen zijn vaak al geholpen, als zij hun seksuele problemen kunnen verwoorden. Zaken die een naam hebben, zijn veel minder bedreigend dan onbenoemde, vage gevoelens die vaak angsten oproepen.

Iedere arts heeft zijn grenzen. Dat geldt voor veel dingen in het leven. De een zal veel waarde hechten aan verzorgd geklede mensen, een ander zal daar minder op letten. Als het over seks gaat, spreekt onze houding ook mee. Een huisarts met een zestienjarige dochter, die vindt dat zij nog te jong is voor seks, zal een patiënte van zestien die de pil komt vragen, anders te woord staan dan een collega met andere denkbeelden over de beleving van seksualiteit door jongeren. Veel artsen hebben problemen met bijvoorbeeld pedofilie of seks met dieren. Toch hebben mensen die in verband daarmee hun huisarts raadplegen, ook recht op een begrijpend woord. In de sfeer van de non-verbale communicatie zal de arts wel altijd tonen wat hij ervan vindt, maar hoe meer we ons hiervan bewust zijn, des te beter kunnen we onze houding in positieve zin aanwenden bij het helpen. Dat hoeft helemaal niet te betekenen dat we onze eigen grenzen moeten verleggen. Als we in een bijzonder geval echt niet in staat zijn onze negatieve gevoelens buiten de hulpverlening te houden, kunnen we de patiënt beter naar een andere hulpverlener verwijzen. Helpen zonder vooroordelen is echter bijna onmogelijk.

De taal van het lichaam

Huisartsen zijn opgeleid om om te gaan met een grote verscheidenheid aan symptomen en ziekten. In de dagelijkse praktijk leren we ook om te gaan met onlustgevoelens van mensen die niet lichamelijke ziek zijn. In onze tijd en in onze cultuur hebben we slecht geleerd te luisteren naar signalen van ons eigen lichaam. Als het niet goed gaat op ons werk bijvoorbeeld, kunnen we daar onze buik van vol hebben. Zelden gaan mensen met een vol gevoel in de buik op zoek naar dingen die hen hinderen. Om

te beginnen denken ze dat ze iets verkeerd gegeten hebben, en dat is natuurlijk ook vaak een oorzaak van een vervelend gevoel in de buik. Daarna zullen de meeste mensen denken dat ze ziek zijn. Sommigen gaan dan naar de dokter en vragen hem uit te zoeken wat hen mankeert. Dat is bij een dergelijke vage klacht vaak erg moeilijk.

Mensen met seksuele problemen kunnen sneller geholpen worden als ze geleerd hebben naar signalen van het eigen lichaam te luisteren. Juist het lichaam vertelt vaak, via het wel of niet goed functioneren, dat er iets niet in orde is met de (seksuele) relatie. De patiënt die impotent is bij zijn vriendin, maar geen problemen heeft als hij met zijn eigen vrouw vrijt, drukt daarmee wellicht uit dat hij moeite heeft met zijn buitenechtelijke relatie. Omgekeerd kan hij aan zijn lichaam merken dat zijn relatie met zijn vrouw niet goed meer is als hij bij haar impotent is. Natuurlijk moeten we met het trekken van deze conclusies voorzichtig zijn. Het is beter de patiënt zelf de gelegenheid te geven te ontdekken wat zijn lichamelijke klachten te betekenen hebben voor zijn of haar (seksuele) relatie.

Toch is ook voor de huisarts de lichamelijke reactie van de patiënt een belangrijke aanwijzing voor de oorzaak van de klacht. De man die vertelt dat hij potentieklachten heeft, maar erbij vertelt dat hij nachtelijke zaadlozingen of erecties heeft, vertelt daarmee ook dat zijn seksuele fysiologie intact is. Zijn potentieproblemen moeten daarmee per definitie een psychische of relationele oorzaak hebben. Veel mannen kunnen deze conclusie niet volgen, ze kunnen zich niet voorstellen dat hun lichaam niet op hun commando reageert. Ook na een geduldige uitleg dat er lichamen niets mis kan zijn omdat ze nachtelijke polluties hebben, blijven sommigen met nadruk vragen of de arts niet een somatische afwijking wil opsporen.

Soms ontkomen we er dan niet aan, alsnog een lichamen onderzoek in te stellen. De huisarts kan zo'n onderzoek heel goed doen. Zaak is dan wel, dat hij de richtlijnen van Gerda van Dijk en Zeger de Jong (in *Moors*) nauwgezet volgt.

Culturele en sociale invloeden

Culturele invloeden drukkeneen belangrijke stempel op gevoelens die mensen wel en niet „mogen” hebben. Veel mensen kunnen daarom soms geen gevolg geven aan de signalen die het lichaam hen aanbiedt. Ze zijn gevangen in de

verwachtingen die „men” van hen heeft. Vooral de verwachtingen van de (eigen) partner kunnen het gedrag van mensen sterk beïnvloeden. Ook de sociale omgeving kan remmend werken op de eigen beleving van de seksualiteit. We zeggen dan dat mythen en vooroordelen een goed bevredigend seksueel functioneren verhinderen.

Enkele van deze mythen en vooroordelen zijn:

- mannen moeten op ieder moment kunnen coïteren;
- man en vrouw komen idealiter tegelijkertijd tot een hoogtepunt;
- een grote penis is voor de vrouw fijner;
- kleurlingen hebben een boeiender seksleven dan blanken;
- er zijn vrouwen die te nauw geschapen zijn;
- een vrouw heeft minder behoefte aan seks;
- vrouwen wachten af, mannen nemen initiatief;
- vrouwen verliezen met de komst van de menopauze hun seksuele behoeften;
- mannen kunnen na hun zestigste geen stijve penis meer krijgen;
- mannen hechten niet zo aan voorspel, ze genieten hoofdzakelijk bij het klaar-komen.

Deze rij kan met veel andere voorbeelden worden uitgebreid. Veel mythen en vooroordelen hebben betrekking op in het verleden ontstane afspraken omtrent seksueel gedrag. Maar er zijn ook nieuwe mythen en vooroordelen. Het is overigens niet minder moeilijk om deze moderne vooroordelen aan je laars te lappen. Enkele voorbeelden:

- als je monogaam bent, ben je ouderwets;
- geëmancipeerde vrouwen zijn lesbisch;
- je moet seks kunnen beleven met meer dan één partner;
- bisexualiteit is een meer geïntegreerde vorm van seksbeleving;
- de oudere generatie had als ideaal „gelijktijdig klaarkomen”, de jongere generatie vindt het belangrijker „intiëm met elkaar te zijn”, terwijl de jongste trend is: „seks leidt je af van de werkelijke waarden van het leven”;
- extragenitale seksbeleving is veel opwinderder dan coïtale;
- bij gebruik van soft drugs beleef je meer van je seks.

Slechts enkele voorbeelden heb ik gegeven. Iedereen heeft zijn eigen visie op wat oorbaar is en wat niet. Veel van deze culturele invloeden worden uitgedragen via reclame, via de manier waarop de krant berichten over seks brengt,

via verhalen in dagbladen, via de aard en de opmaak van hard- en softporno, de manier waarop en het tijdstip waarop politie en justitie optreden tegen seksuele „misdrijven”, kortom er is geen gebied van het openbare leven dat de beleving van de seksualiteit niet in- of expliciet mede bepaalt. Deze melange van uitgesproken en niet-uitgesproken regels leren we al heel vroeg in onze jeugd. Van de wieg af aan worden jongens bijvoorbeeld ferme kerels genoemd en meisjes zachte lievelingen. We kunnen ons daaraan niet onttrekken. Ook de hulpverlener kan zich daaraan niet onttrekken. Het is goed af en toe eens stil te staan bij deze impliciete codes van ons (seksuele) gedrag.

Waarom gaat het niet goed meer?

Waarom gaat het niet goed (meer) tussen ons? Dat is een vraag die veel mensen met seksuele problemen zich vroeg of laat stellen. Vaak hebben we dan te doen met mensen bij wie de seksuele beleving van de relatie verbannen is naar die paar minuten voor het slapen gaan, een of twee keer per veertien dagen. Omdat het vrijen steeds moeizamer gaat, wordt wat relatiebevorderend zou kunnen werken, afgedaan met vluggetjes waar geen van beiden plezier aan beleven. In plaats van te strelen en elkaar intimiteit te bieden, wordt er zosnel mogelijk een orgasme van de man nagestreefd.

• Vaak hebben deze mensen het overdag druk met hun zaken en is hun werkelijke belangstelling ook tijdens het vrijen elders. Het verhaal is bijna afgezaagd, maar huisartsen horen het zo vaak dat ik het in dit artikel niet weg kan laten. Als het de huisarts lukt deze mensen te laten inzien dat hun manier van leven een fijne seksbeleving in de weg staat, dan hebben zij vaak geen specialistische hulp nodig. Voor veel mensen met zulke seksuele problemen is het echter nodig dat een calamiteit hen met de neus op de feiten drukt. Een hartinfarct en hoge bloeddruk worden vaak als zodanig ervaren. Vooral huisartsen kunnen mensen bij het winnen van een nieuw levensperspectief ook in seksueel opzicht helpen.

• Een andere groep waar huisartsen mee te maken krijgen zijn mensen die in ploegendienst (moeten) werken. De partner heeft een ander ritme, wat zich vooral wrekt bij de late dienst en de nachtdienst. Het is dan niet verwonderlijk dat beiden op andere tijden zin in vrijen hebben. Vooral als de vrouw zich niet kan aanpassen aan het ritme van de

man, komen er grote problemen. Ze monden nogal eens uit in een relatiecrisis. Bij doorvragen komt de huisarts tot een juiste diagnose. De oplossing is meestal moeilijk te vinden. Vooral in tijden van neergaande conjunctuur is het moeilijk ander werk te vinden.

- Soortgelijke problemen hebben mannen die hele dagen thuis zijn, vooral als invaliditeit of werkeloosheid daar de oorzaak van is. Ik heb de indruk dat alle mannen die langere tijd werkeloos zijn een tijdlang potentieproblemen hebben. Ze durven daar meestal niet mee voor de dag te komen. Zoals ze zich vaak in het begin schamen om op tijden dat er gewerkt wordt op straat te lopen, zo schamen ze zichzelf om hun partner te bekennen dat hun seksuele potentie verdwenen is. In plaats van meer tijd uit te trekken om met elkaar te vrijen, nu die tijd ruimschoots voorhanden is, proberen ze op alle mogelijke manieren elkaar te ontlopen. De overige rolverwachtingen blijken ook moeilijkheden op te leveren. Weinig mannen nemen zonder moeilijke discussies een deel van de taak van de vrouw over.

Natuurlijk zijn er ook mensen die juist heel weinig moeite hebben met een gezamenlijk zorgdragen voor de dagelijkse huiselijke werkzaamheden. Maar mensen die in de oudere stramienien leven, waar de rollen van man en vrouw zeer verschillend gedefinieerd zijn, hebben het veel moeilijker met zulke rolvervaging.

- Er zijn seksuele problemen die een directe relatie vertonen met het beroep van de man. We zien dat bij vissers, zeelui en piloten, die soms langere tijd van huis zijn. De vrouw moet gedurende de afwezigheid van de man alle rollen van de man op zich nemen. Als hij thuiskomt, moet ze zich als een blad aan de boom kunnen omkeren en, in plaats van de flinke, stoere vrouw, de liefhebberende echtgenote worden. In culturen zoals die vroeger aangetroffen werden in onze vissersdorpen, waren deze patronen gewoon. Tegenwoordig kunnen mensen er veel minder goed mee overweg als zulke eisen aan hen gesteld worden.

- Mensen die geen kinderen kunnen krijgen, worden gedurende het proces van verwerking van hun kinderloosheid ook vaak geconfronteerd met seksuele problemen. Een zorgvuldige begeleiding van deze mensen kan ook hun seksuele problemen helpen oplossen.

Heel anders liggen de problemen van vrouwen die tegen hun zin in een bepaalde methode van geboortenregeling (moeten) gebruiken. De pil is hiervoor

berucht. Een aantal problemen, zoals libidoverlies en dyspareunie (door candida-infecties vooral) wordt inderdaad rechtstreeks door de pil veroorzaakt. Maar aan de andere kant hebben vrouwen soms een onuitgesproken, soms onbewuste onvrede met de manier waarop ze hun kindertal regelen. Soms is hun probleem dat ze juist geen anticonceptie willen toepassen, maar zwanger zouden willen worden. Door de omstandigheden kan dit niet of is het op dit moment niet zo gewenst. De huisarts kan vooral door luisteren deze vrouwen helpen hun wensen duidelijk te formuleren. Als ze zich helder bewust zijn van wat ze werkelijk willen, kunnen ze daar met hun partner over spreken, tenminste als de relatie zulke communicatie toelaat. Niet zelden blijken seksuele problemen relationele problemen te zijn.

- Steeds vaker word ik geraadpleegd door vrouwen die geen orgasme kunnen beleven. Door publikaties in damesbladen en soms ook door minder relevante verhalen in pornoblaadjes hebben vrouwen de indruk gekregen dat ze iets missen in het leven. Ze hebben dan vaak een goede en bevredigende seksuele relatie, alleen lijken ze niet te voldoen aan het hijgende „ideaal” dat in de betreffende bladen breed uitgemeten wordt. Voorlichting kan hier een oplossing bieden. Soms is het nodig dat deze vrouwen samen met seksegenoten nagaan wat ze tijdens het vrijen beleven. We kunnen deze vrouwen het beste verwijzen naar groepen „Vrouwen leren vrijen met zichzelf” (ook wel pre-orgastische vrouwengroepen genoemd).

- Het aanvaarden van homoseksualiteit geeft ook weleens problemen. Ook kunnen ouders van jonge mensen die ontdekt hebben dat ze homoseksueel zijn, soms grote problemen hebben. De huisarts wordt dan vaak gevraagd, of hij niet via een psychiater hun kind kan omturnen. Afgezien van deze vraag, waar de huisarts in het algemeen ontkenkend op zal antwoorden, is het voor deze ouders toch vaak moeilijk. Heel vaak hebben hun kinderen in een lang proces, zonder hun ouders daarin te kennen, ontdekt en geaccepteerd dat ze homofiel zijn. Na de mededeling aan hun ouders vragen ze dan dat deze hen als zodanig accepteren. Maar ook ouders hebben tijd nodig om te verwerken dat hun kind „anders” is. Het begeleiden van deze ouders kan een taak van de huisarts zijn. Ouders die in staat zijn met andere ouders in soortgelijke omstandigheden te praten in een werkgroepje komen meestal sneller en beter met hun probleem in het reine.

- Minder vaak dan vroeger zie ik vrouwen met vaginisme. In het gelijknamige boekje heeft Arnold *Thoben* beschreven hoe hij dit probleem in het begin van de zeventiger jaren aanpakte. In een discussie die ik daarna voerde met een aantal hulpverleners kwamen we tot de conclusie dat de belangrijkste hulp misschien daaruit bestaat dat de vrouw zeggenschap krijgt over haar eigen scheid; dat ze zelf kan bepalen voor wie en onder welke omstandigheden ze haar scheid wil openen.

- Wel zie ik vaak vrouwen die moeilijkheden met het vrijen hebben. De diagnose vaginisme is, meen ik, niet op hem van toepassing. Ze hebben eerder startmoeilijkheden. Door de ongunstige omstandigheden waarin ze moeten leren vrijen, lukt het niet zich volledig te geven. Ook hebben ze vaak partners die zeer eenzijdig voorgelicht zijn en alleen hun orgasme belangrijk vinden. Deze jonge mensen zijn zeer goed te helpen met enkele voorlichtende gesprekken. Ik begin langzaam te leren dat deze voorlichting minder bestaat uit wat ik zeg en meer hieruit dat ik de mensen gelegenheid geef na te denken over wat ze zouden willen. In de tijd tussen twee gesprekken met mij kunnen ze dan met elkaar bespreken en oefenen hoe beide partners aan hun trekken kunnen komen.

- Hoe langer hoe meer mensen krijgen seksuele problemen door het gebruik van geneesmiddelen, alcohol en andere drugs. Vooral kalmerende middelen en geneesmiddelen ter bestrijding van hoge bloeddruk staan in een kwaad daglicht. Mijn partner Mariëtte Moors-Mommers heeft in „Seks als je ziek bent” (*Moors-Mommers e.a.*) een lange lijst van geneesmiddelen opgenomen die invloed hebben op seks.

- Er zijn eigenlijk geen geneesmiddelen die de beleving van de seksualiteit kunnen stimuleren. Alle middelen die daarvoor aangeraden worden, hebben een suggestieve werking. Zelfs testosteron heeft geen directe invloed op de seksuele functies, tenminste niet als er geen aantoonbaar tekort is.

Besluit

Ik heb een aantal aspecten van seksuele problemen in het kort beschreven. Daarbij heb ik me vooral gericht tot de huisarts. Het helpen bij seksuele problemen is niet moeilijker dan het helpen bij veel andere psychosociale problemen. Er is mijns inziens ook geen speciale deskundigheid voor nodig. Ik ben het geheel eens met Huygen, die in een

inleiding op de Teleac-cursus *Helpen bij seksuele moeilijkheden* zei, dat de huisarts moet kunnen luisteren naar de problemen van de patiënt, dat hij vaardigheid moet hebben de patiënt te helpen bij het verhelderen van de problemen, maar dat hij vooral de attitude dient te hebben die hem vrijwaart van vooroordelen. Mensen die hun seksuele problemen kunnen uiten, vormen het topje van de ijsberg. Mensen die hun problemen bij de huisarts durven brengen, hebben daar meestal drempelvrees voor moeten overwinnen.

Ik hoop dat we spoedig in de gelegenheid zijn meer huisartsen te laten deelnemen aan cursussen waarin ze kunnen leren beter om te gaan met seksuele problemen van hun patiënten. Deze cursussen „Helpen bij seksuele moeilijkheden” zijn opgezet voor multidisciplinaire deelname.

Samenvatting. Steeds meer mensen kunnen met anderen spreken over de beleving van hun seksualiteit. Mede daardoor krijgen huisartsen meer mensen met seksuele problemen op hun spreekuur. Zeer in het kort wordt ingegaan op wat de seksualiteit voor mensen kan betekenen, hoe mannen en vrouwen hun seksualiteit op verschillende manieren beleven. Veel aandacht wordt geschonken aan het onderzoek naar de aard en de betekenis van het seksuele probleem voor de patiënt. Via de stap-voor-stap methode van Schacht wordt een leidraad gegeven voor het onderzoek van seksuele problemen. Lichamelijk onderzoek is in het kader van seksuele problemen niet vaak nodig. Als het wordt uitgevoerd, dient dat volledig te gebeuren, teneinde de patiënt maximaal gerust te kunnen stellen en hem de gelegenheid te geven de niet-lichamelijke oorzaken van zijn klachten op te sporen.

De lichaamstaal is vaak een grote betekenis voor het vroegtijdig onderkennen van seksuele stoornissen. Seksueel gedrag is onderhevig aan sociale wetmatigheden. Mensen – ook huisartsen – hebben een gezamenlijke cultuur. Zeden, gewoonten en normen met betrekking tot de seksualiteit maken deel uit van die cultuur. Een beter inzicht in de eigen normen is van belang voor een goede hulpverlening; niet het veranderen van de eigen opvattingen maar het besef dat deze opvattingen doorwerken bij het helpen, is belangrijk.

Summary. When the sexual relationship is difficult. An increasing number of people are able to discuss their sexual experiences with others. Partly because of

this, general practitioners see more people with sexual problems in the consulting room. A brief outline is given of what sexuality can mean to people, and how men and women differently experience their sexuality. Research into the nature and significance of the sexual problem for the patient is given much attention. A guideline for the study of sexual problems is given on the basis of Schacht's step-by-step method. Physical examination is not often required in the context of sexual problems but, if performed, it should be exhaustive so that the patient receives maximal reassurance and is given an opportunity to trace the non-somatic causes of his complaints.

The body language is often of great significance for the early recognition of sexual disturbances. Sexual behaviour obeys social rules. People – including general practitioners – share a civilization which encompasses mores, customs and norms relative to sexuality. A better understanding of one's personal norms is of importance in giving aid; not the alteration of personal views but the awareness that these views are reflected in the way in which aid is given, is important.

Bruijn, G. M. de. Klaarkomen is ook niet alles. Over orgasmen en seksuele bevrediging bij vrouwen. (1974) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 29, 28-41.

Does-Arendsen Hein, M. van der. Vrouwen leren houden van zichzelf. *VVAO-brochure*, 1972.

Does-Arendsen Hein, M. van der en M. van der Pool. Vrouwen leren vrijen met zichzelf (1978) *T. Psychotherapie* 4, 265-272.

Everaerd, W., L. van Naerssen en P. Cohen-Kettenis. Anders denken over seksualiteit. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1977.

Frenken, J. Afkeer van de seksualiteit. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1976.

Helpen bij seksuele moeilijkheden. *Teleac, Utrecht*, 1975.

Klein, F. De biseksuele keuze. *Wetenschappelijke uitgeverij, Amsterdam*, 1979.

Kooy, G. A. Het huwelijk in Nederland. *Spectrum, Utrecht etc.*, 1969.

Moors, J. P. C. (red.) *Helpen bij seksuele moeilijkheden. N.H.G./Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1978.

Moors-Mommers, M., W. Bezemer en J. Moors. Seks als je ziek bent. *Van Loghum Slaterus/NISSO, Deventer*, 1978.

Straver, C. J. Sex uitbeelding en sex verbeelding. *NISSO, Zeist*, 1977.

Thoben, A. en J. Moors. Vaginisme. Een behandelingsvorm en een aantal aspecten. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1978.

Ussel, J. M. W. van. Afscheid van de seksualiteit. *Bert Bakker/Boomi/NVSH, Den Haag*, 1970.

Wolff, C. Bisexuality, a study. *Quartet Books, London etc.*, 1979.

Eerstelijns cursus „Helpen bij seksuele moeilijkheden”

Een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van het COC, Kruiswerk, N.H.G., Nisso, Rutgersstichting, PSVG en Schorerstichting, heeft in de afgelopen periode een draaiboek gemaakt voor een cursus „Helpen bij seksuele moeilijkheden”. Deze cursus is op een tiental plaatsen in het land getest en aan de hand daarvan bijgesteld. Het draaiboek is nu gereed om te worden aangeboden aan de mensen in het veld. Een nieuw geformeerde werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van het N.H.G., N.H.I. en de Nationale Kruisvereniging, heeft de zorg op zich genomen voor een verdere begeleiding van de cursus.

Het is een cursus voor hulpverleners in de eerste lijn van de gezondheidszorg. De doelstelling van de cursus is: bewustwording van het eigen functioneren van de hulpverleners ten aanzien van het helpen bij seksuele moeilijkheden. Deze doelstelling is gebaseerd op het uitgangspunt dat de hulpverlener in de eerste lijn seksuele problemen moet kunnen onderkennen, ook als deze niet seksueel worden gebracht. Dat wil zeggen: hij moet gevoelig zijn voor de vraag achter de vraag. Samen met de cliënt moet de hulpverlener nagaan welk samenspel van factoren invloed heeft op het probleem. Kortom, hij zal in staat moeten zijn de problematiek te traceren. Daarna kunnen hulpvrager en hulpverlener nagaan welke hulp het beste is.

De aanpak gaat uit van de stap-voor-stap methode, zoals deze door Herwig Schacht is beschreven in het boek „Helpen bij seksuele moeilijkheden” (uitgave Van Loghum Slaterus/N.H.G., 1977). De cursusdeelnemers krijgen de gelegenheid stap voor stap het hulpverleningsproces bij mensen met seksuele problemen te doorlopen.

De cursus omvat tien dagdelen van drie uur. Er is een oriënteringsavond, die ongeveer een maand voor de cursus wordt gehouden. Op deze avond maken de deelnemers allerlei afspraken met elkaar en bekijken aan welke onderdelen van de problematiek speciale aandacht zal worden geschonken. De tien dagdelen hebben als werktitels:

- Luisteren;
- Luisteren naar seksuele problemen;
- Lichamelijk onderzoek I;
- Lichamelijk onderzoek II;
- Geruststellen;
- Voorlichting;